|  |
| --- |
| Штамп медицинской организации |

Приложение 6

**ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ №** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Полное наименование медицинского учреждения, направившего пациента)*

|  |
| --- |
| 1.Адрес учреждения: (указать адрес местонахождения) |
|  |
| 2.Телефон медицинского учреждения: |
| 3.Фамилия, имя, отчество ребенка |
| 4.Дата рождения ребенка |
| 5.Адрес регистрации по месту жительства ребенка |
|  |
| 6.Наименование образовательной организации ребенка (где обучается и воспитывается ребенок): |
|  |
| 7. Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) |
|  |
| 8. Наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 9. Течение беременности и роды (патология в родах: затяжные, стремительные, стимуляция и др.: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 10. Развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста (наличие неврологических симптомов, прибавка в массе тела, частота и тяжесть различных заболеваний): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 11. Анамнез первых лет жизни ребенка (темпы психомоторного развития и др.): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 12. Информация о перенесенных заболеваниях: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 13. Оценка актуального соматического состояния ребенка: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 14. \*Заключение врача – офтальмолога (жалобы, данные осмотра): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 15. \*Заключение врача – отоларинголога (жалобы, данные осмотра): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 16.\* Заключение врача – невролога (жалобы, данные осмотра): |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 17.\* Заключение врача – ортопеда (жалобы, данные осмотра): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 18. \*Заключение врача – психиатра (жалобы, данные осмотра): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 19. \*Заключение врачей других специальностей (наблюдавших ребенка в медицинских организациях): |
|  |
|  |
|  |

\* в заключениях врачей шифр МКБ или полный диагноз указывается с письменного согласия родителей (законных представителей).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись главного врача расшифровка подписи

(руководителя медицинской организации)

М.П.